

Бугаков В.А., Анискевич В.Ф.,
Бородко Н.И., Коновков В.В.,
Лобанков В.М., Слизько В.И.

СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

/ Гомель /

В настоящее время стремительный рост хирургических эндоскопических технологий заявил лапароскопическую холецистэктомию основным методом оперативного пособия у больных неосложненной формой желчнокаменной болезни.

С октября месяца 1994г. в хирургическом отделении клинической больницы №3 г.Гомеля произведено 273 лапароскопических холецистэктомий, в т. ч. как этап симультантной операции у 22 больных. Возраст больных колебался от 21 до 68 лет, мужчин -4, женщин - 18.

Лапароскопическая холецистэктомия сочеталась с грыжесечением по поводу пупочной грыжи в 10 случаях, с грыжесечением по поводу послеоперационной вентральной грыжи у 6 больных, причем у 4 - после верхнесрединной лапаротомии, у 2 - после нижнесрединной, рассечением спаек при спаечной болезни брюшной полости у

5 больных. У одной больной произведено лапароскопическое рассечение связки Трейца с низведением дуодено-еюнального перехода при нарушении дуоденальной проходимости средней степени тяжести. В стадии ремиссии оперировано 20 больных, в стадии острого воспаления желчного пузыря - 2 больных.

При сочетании желчно-каменной болезни с пупочной грыжей оперативное вмешательство начинаем с мобилизации и иссечения грыжевого мешка. После наложения первого ряда пластических швов в брюшную полость вводим лапароскоп, герметично закрываем грыжевые ворота и накладываем пневмоперитонеум. После выполнения лапароскопической холецистэктомии стандартно заканчиваем пластику по Мейо.

У больных с послеоперационной вентральной грыжей очередность выполнения симультантной операции не принципиальна: в 2 случаях оперативное пособие начинали с выполнения лапароскопической холецистэктомии, в 4-х - с пластики послеоперационной грыжи. У 2 больных с гипогастральными вентральными грыжами выполнена безгазовая лапароскопическая холецистэктомия с использованием лапароскопических и полостных инструментов.

Рассечение спаек в брюшной полости начинаем как первый этап симультантной операции, во избежание травматизации органов при постановке троакаров, либо при тракции желчного пузыря.

В большинстве случаев послеоперационный период протекал без осложнений, не требуя проведения антибиотикотерапии и введения наркотических анальгетиков. Длительность послеоперационного пребывания составили 7,5 дня.

Таким образом спаечная болезнь брюшной полости, пупочные, параумбиликальные, грыжи белой линии живота, послеоперационные вентральные грыжи практически не являются противопоказаниями для производства лапароскопической холецистэктомии. В отдельных случаях у больных с нарушением дуоденальной проходимости возможно выполнение лапароскопической модификации операции Стронга.